
Dépression ou démence? Comment aborder l'évaluation du patient

Le trouble dépressif et la démence sont fréquents chez les personnes âgées et ils peuvent se manifester séparément ou ensemble. Le diagnostic est souvent difficile à cause de la fréquence des symptômes communs à ces deux troubles. Malheureusement, le sous-diagnostic de la dépression se traduit par une occasion manquée d'améliorer la capacité fonctionnelle, par la détérioration de la qualité de vie et même, croit-on, par une augmentation de la mortalité; par ailleurs, le surdiagnostic de la dépression risque de mener à l'apparition d'effets indésirables des médicaments psychotropes qui auraient pu être épargnés au patient. Cet article propose les abords du diagnostic différentiel.

Lilian Thorpe, M.D., Ph.D., FRCP

L'incidence de la démence augmente avec l'âge; au Canada, la prévalence globale de la démence est de 8 % chez les personnes de 65 ans et plus, de 2,4 % dans le groupe d'âge de 65 à 74 ans, de 11,1 % dans le groupe de 75 à 84 ans et de 34,5 % chez les personnes de 85 ans et plus¹. On croit que la maladie d'Alzheimer (MA) est la forme de démence la plus fréquente dans tous les groupes d'âge, bien que les sujets moins âgés soient plus susceptibles que ceux des groupes d'âge plus élevé de recevoir un diagnostic d'autres formes de démence, par exemple, la démence frontotemporale et la démence vasculaire².

Le trouble dépressif majeur est également fréquent, mais ce n'est qu'un des troubles répertoriés dans le DSM-IV³ qui sont caractérisés par des symptômes dépressifs prédominants (Tableau 1). Ces troubles comprennent la dysthymie, les épisodes dépressifs du trouble bipolaire, les troubles de

l'humeur secondaires à une affection médicale (p. ex., l'hypothyroïdie), les troubles de l'humeur induits par une substance, les troubles de l'adaptation et le deuil. Le trouble dépressif s'observe couramment à toutes les étapes de la vie adulte et bien que sa prévalence soit légèrement inférieure dans la population âgée⁴, ses séquelles sont probablement plus graves chez les sujets plus fragiles, car elles ont un effet délétère plus marqué sur les aptitudes fonctionnelles et elles allongent la durée des hospitalisations motivées par les affections médicales primaires⁵. Le trouble dépressif chez les personnes âgées peut se manifester comme un trouble récurrent tout au cours de la vie ou il peut débuter seulement à un âge avancé. Il coexiste souvent avec d'autres maladies physiques et mentales, y compris diverses démences.

Relations entre la démence et la dépression

La relation entre la démence et la dépression est complexe, et on a proposé que l'influence causale s'exerce dans au moins deux directions opposées. Selon une hypothèse, la

dépression mène à la démence et selon une autre, c'est la démence qui entraîne la dépression.

L'hypothèse « de dépression à la démence » est étayée par des résultats d'étude montrant que la dépression est un facteur de risque de démence à une étape ultérieure de la vie⁶; en accord avec cette hypothèse, on croit que les sujets ayant une prédisposition biologique à la maladie d'Alzheimer (MA) les mieux étudiés (sujets atteints du syndrome de Down) ont un risque élevé de dépression⁷. Les éléments de cette relation entre la dépression et la survenue ultérieure de la démence ne sont pas entièrement compris. Il se peut, par exemple, que la dépression corresponde à une phase prodromique précoce de la démence⁸ et qu'elle soit causée par les mêmes déclencheurs physiopathologiques que ceux qui entraînent la démence. D'autres résultats de recherche montrent que la dépression entraîne une atteinte des structures cérébrales essentielles aux processus cognitifs (p. ex., l'hippocampe), atteinte qu'on croit attribuable à une réduction de la neurogenèse⁹. Ce processus abaisserait le seuil du déclin

Lilian Thorpe, M.D., Ph.D., FRCP
Professeure de psychiatrie, et professeure de santé communautaire et épidémiologie, Université de la Saskatchewan
Saskatoon, Saskatchewan

Tableau 1

DSM-IV : Troubles mentaux caractérisés par des symptômes dépressifs prédominants³

- Trouble dépressif majeur
- Dysthymie
- Trouble bipolaire (épisode dépressif)
- Troubles de l'humeur secondaires à une affection médicale générale
- Troubles de l'humeur induits par une substance (p. ex., un médicament)
- Troubles de l'adaptation avec humeur dépressive
- Deuil

cognitif observable ultérieurement, ce qui se traduirait éventuellement par une augmentation des taux de démence corrigés pour tenir compte de l'âge. Les comportements associés à la dépression, l'abus d'alcool par exemple, et la présence de facteurs de risque vasculaire comme l'usage de la cigarette¹⁰ aggraveraient aussi de manière indépendante le déficit cognitif ultérieur, tandis que les antidépresseurs, surtout ceux qui exercent de puissants effets anticholinergiques, pourraient causer des effets indésirables cognitifs, bien que cet effet soit probablement passer en grande partie.

Dans l'hypothèse « de démence à la dépression », la relation causale potentielle entre ces deux troubles est étayée par des résultats de recherche montrant que les personnes atteintes de démence semblent touchées par une plus forte prévalence de la dépression¹¹. Toutefois, les taux de prévalence varient grandement selon la population étudiée (patients psychiatriques non hospitalisés, registres de la MA, centres d'hébergement pour personnes âgées), selon les instruments utilisés et selon les définitions des diagnostics. Le plus difficile est que le terme « dépression » est utilisé pour décrire différentes entités cliniques qui ne correspondent pas toujours au diagnostic de trouble dépressif majeur défini par le DSM-IV. Muller Thomsen et ses collègues¹² ont démontré la grande variabilité du diagnostic de dépression dans la démence

en utilisant quatre instruments différents pour évaluer une même population de patients; ils ont constaté qu'environ 27,5 % à 53,4 % des personnes atteintes de MA légère et qu'environ 36,3 % et 68,4 % de celles atteintes de MA modérée à grave avaient obtenu des résultats positifs à la recherche d'une « dépression ». Bien que peu nombreuses, les études au cours desquelles on a comparé les différences des taux de prévalence des troubles dépressifs diagnostiqués avec rigueur dans des populations appariées atteintes ou non atteintes de démence donnent à penser que les déficits de motivation dans la démence, et non le trouble dépressif majeur défini par le DSM-IV, constituent la différence la plus importante entre ces populations¹³. Toutefois, quelle que soit la prévalence exacte du trouble dépressif formellement diagnostiqué au cours de la démence, il appert que les syndromes dépressifs sont très courants chez les personnes atteintes de démence et que cette comorbidité aggrave les déficits fonctionnels, accroît les comportements anormaux¹¹, augmente le taux de placement en institution¹⁴, aggrave le stress des aidants¹⁵, voire accroît la mortalité¹⁶.

Sous-diagnostic et surdiagnostic de la dépression au cours de la démence

On croit depuis longtemps que la dépression est sous-diagnostiquée chez

les personnes atteintes de démence^{17,18}, bien qu'une étude danoise récente donne à penser que la situation est peut-être différente maintenant, du moins au Danemark¹⁹. Le sous-diagnostic de la dépression chez les personnes âgées atteintes de démence doit certainement être évité, car les troubles dépressifs dans cette population entraînent un fardeau additionnel, comme nous l'avons expliqué plus haut. De même, un traitement inadéquat à l'aide d'antidépresseurs risque aussi de se traduire par le traitement trop énergique des symptômes comportementaux de la dépression à l'aide de benzodiazépines ou même de neuroleptiques. Les effets indésirables des benzodiazépines et des neuroleptiques sont bien connus et ils comprennent un risque accru de chutes, une vigilance amoindrie, des effets indésirables extrapyramidaux, une mobilité réduite, une capacité fonctionnelle moins grande, voire un risque accru de mortalité. Des mesures ont été prises pour améliorer le dépistage de la dépression chez les personnes atteintes de démence, et les instruments couramment utilisés comme l'ensemble de données minimales (*Minimum Data Set*)²⁰ comprennent des indicateurs de la qualité afin d'alerter les responsables des patients suspects d'une dépression probable qui ne reçoivent pas d'antidépresseurs. L'examen de ces indicateurs de la qualité peut précipiter un entretien avec les médecins traitants, qui auront alors l'occasion d'instaurer le traitement qui convient.

Malheureusement, cette façon de faire risque aussi de mener au surdiagnostic de la dépression à cause de la prévalence élevée des symptômes comportementaux dans la démence, par exemple, l'apathie et les symptômes thymiques réactionnels, qui chevauchent ceux du trouble dépressif majeur. On reconnaît de plus en plus que les antidépresseurs entraînent des effets indésirables, qui sont particulièrement inquiétants chez les sujets

âgés et frêles. Les effets anticholinergiques des agents tricycliques peuvent causer la confusion, la constipation, la rétention urinaire et des troubles de l'accommodation visuelle. L'hypotension orthostatique est un facteur de risque de chutes et les effets indésirables cardiaques sont particulièrement dangereux en cas de surdosage. On a d'abord cru que les nouveaux agents comme les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS) et la venlafaxine entraînaient beaucoup moins de risques, mais ces agents ont été de plus en plus souvent reliés à des effets indésirables différents, mais tout aussi fréquents. Les effets indésirables gastro-intestinaux et la perturbation du sommeil semblent plus fréquents dans le cas de ces classes de médicaments, et une étude récente donne à penser que les ISRS ne sont pas moins susceptibles que les agents tricycliques de causer des chutes²¹. Ils ont également été reliés à un taux élevé d'hyponatrémie²², et une étude plus récente indique qu'ils augmentent le risque de fracture par fragilité osseuse²³. Enfin, les ISRS ont été reliés à une apathie plus grande²⁴, même chez des sujets atteints d'une dépression correctement diagnostiquée ayant répondu à ce traitement.

Les défis du diagnostic de la dépression au cours de la démence

Il est souvent difficile de diagnostiquer la dépression en présence de la démence à cause du chevauchement des symptômes de la dépression et de ceux de la démence, des problèmes de communication et de l'absence d'introspection de la part du patient. Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence sont parties intégrantes des manifestations cliniques de la démence, bien qu'on les interprète souvent comme la manifestation d'un déclin cognitif progressif. Ils comprennent de nombreux symp-

Tableau 2

DSM-IV : Symptômes d'un épisode dépressif majeur

- Humeur dépressive
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir
- Changement de poids important
- Changements du sommeil
- Agitation psychomotrice ou retard psychomoteur
- Fatigue ou perte d'énergie
- Sentiments de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée
- Difficulté à penser ou à se concentrer
- Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires ou gestes suicidaires

tômes caractéristiques des troubles dépressifs répertoriés dans le DSM-IV. Par exemple, parmi les principaux symptômes de la dépression énumérés dans le Tableau 2, les changements du sommeil, les changements des comportements alimentaires, la perte d'initiative et d'intérêt (apathie), l'agitation psychomotrice et la grande difficulté à se concentrer (dans la démence au stade avancé) s'observent fréquemment dans la démence sans dépression. Les symptômes réactionnels, comme l'anxiété et la tendance à pleurer constamment, sont également fréquents dans la démence sans dépression et ils pourraient s'expliquer par la conscience des déficits aux premiers stades de la démence, par les piètres habiletés d'adaptation et par la désorientation au cours des stades plus avancés, ou par l'humeur labile qui accompagne la maladie cérébrovasculaire (qui coexiste souvent avec la maladie d'Alzheimer).

En revanche, les symptômes plus rares dans la démence sans dépression sont la tristesse constante, la détérioration marquée de l'humeur matinale, les sentiments de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée, les pensées de mort récurrentes, les idées ou les gestes suicidaires.

Abord du diagnostic clinique

Divers instruments ont été conçus pour le dépistage de la dépression dans la population sans troubles cognitifs. Au

nombre de ces instruments, on note l'inventaire de dépression de Beck²⁵, l'échelle d'évaluation de la dépression du *Centre for Epidemiological Studies*²⁶, l'échelle d'évaluation de la dépression gériatrique²⁷, l'échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton²⁸, l'échelle d'évaluation de la dépression de Montgomery et Asberg²⁹ et l'échelle de Zung³⁰. Bien que ces instruments diffèrent beaucoup par la manière dont ils sont influencés par les troubles du langage, de la conscience et de la compréhension, aucun n'est utile aux stades plus avancés de la démence. Chez des patients atteints de démence au stade avancé, l'échelle d'évaluation de l'humeur au cours des démences³¹ et l'échelle d'évaluation de la dépression dans la démence de Cornell³² sont plus utiles.

Toutefois, la pierre angulaire du diagnostic différentiel de la dépression dans la démence est l'évaluation clinique approfondie, qui comprend un entretien pour obtenir de l'information directement du patient et des sources collatérales, de préférence des personnes qui connaissent bien le patient. Cette évaluation doit comprendre les volets suivants :

- Relever minutieusement l'histoire des symptômes :
 - description détaillée;
 - évolution chronologique et progression des symptômes;
 - recherche d'une association avec

Tableau 3

Comparaison des symptômes thymiques qui s'observent dans la démence et la dépression

Symptôme	Démence	Dépression
Réaction générale au déclin cognitif et fonctionnel	Absence fréquente d'inquiétude au sujet des symptômes, voire déni des symptômes.	Exagération des déficits et préoccupation excessive à leur sujet.
Humeur	Humeur normale la plupart du temps, humeur triste en réaction aux circonstances et fluctuante; humeur parfois labile, en particulier dans la démence vasculaire; l'humeur s'améliore souvent sous l'effet de la stimulation et du soutien.	Manifestation subaiguë (sur des semaines) d'une humeur triste omniprésente pendant la plus grande partie de la journée et presque chaque jour; l'humeur ne s'améliore pas beaucoup en réaction à la stimulation.
Intérêt, initiative	Perte graduelle de l'intérêt et de l'initiative (apathie) sur une période plus longue (sur des années plutôt que sur des semaines) ne s'accompagnant pas d'expressions de tristesse, de tendance à pleurer constamment ou d'autres signes de détresse; le patient continue d'apprécier les activités dans un environnement structuré.	Perte subaiguë de l'intérêt et du plaisir en quelques semaines s'accompagnant souvent d'une humeur et d'un affect tristes, avec expressions occasionnelles de sentiments de culpabilité, de désespoir et d'intention d'autodestruction.
Comportement alimentaire et poids corporel	Chez le sujet atteint de démence, on observe souvent une perte graduelle de poids sur des mois ou des années. Parfois, le poids corporel augmente beaucoup à cause de la réduction de l'activité, des médicaments, et on observe une hyperoralité chez les sujets qui manifestent des comportements de type frontal évident (signe plus fréquent dans la démence frontotemporale, comme la maladie de Pick).	Changements subaigus (sur des semaines) de l'appétit; le poids corporel peut augmenter ou diminuer.
Sommeil	Perturbation graduelle du cycle veille-sommeil sur des mois ou des années (à cause des altérations cérébrales caractéristiques de la démence) entraînant des réveils nocturnes fréquents et un sommeil diurne.	Perturbations subaiguës du sommeil (augmentation ou diminution) sur plusieurs semaines.
Agitation psychomotrice	Augmentation graduelle (sur des mois ou des années) de l'agitation, qui est en général plus accentuée vers la fin de la journée (coucher du soleil); l'agitation est souvent beaucoup plus grande lorsque le sujet est dans un environnement non familier (réaction catastrophique); le sujet recherche souvent des personnes ou des lieux reliés à des expériences de vie antérieures.	Apparition subaiguë (sur des semaines), l'agitation étant souvent plus marquée le matin, mais pouvant persister tout au cours de la journée; s'accompagne en général d'autres symptômes dépressifs comme des déclarations nihilistes ou une culpabilité excessive.
Retard psychomoteur	Symptôme peu fréquent dans la démence légère à modérée, mais occasionnellement présent dans la démence très évoluée; peut être identique à celui causé par la démence parkinsonienne (faciès figé, ralentissement moteur) ou la maladie de Pick au stade avancé.	Apparition subaiguë du retard psychomoteur sur plusieurs semaines dans les cas de dépression grave.
Énergie	Niveau d'énergie en général normal, mais on note parfois une réduction de l'activité à cause de l'avolition attribuable au dysfonctionnement exécutif.	Diminution subaiguë du niveau d'énergie et plaintes plus fréquentes de fatigue.
Culpabilité ou dévalorisation	Symptôme rare, bien qu'on observe parfois l'expression passagère d'un sentiment de dévalorisation lors d'épisodes de stress chez les sujets qui restent conscients de leur propre déclin.	Symptôme fréquent dans la dépression grave; s'accompagne en général d'une humeur dépressive et de changements de l'appétit et du sommeil.
Concentration et pensée	La concentration est normale au début de la démence, mais elle est altérée au stade avancé; la capacité de penser décline tout au cours de l'évolution de la démence.	Réduction subaiguë de la concentration et de l'attention soutenue; le sujet est souvent indécis et craint de commettre des erreurs.
Idées et gestes suicidaires	Rares	Fréquents

d'autres facteurs confusionnels comme les facteurs de stress environnementaux, par exemple :

- la douleur;
- un mauvais état nutritionnel;
- la présence d'autres pathologies;
- les changements récents dans la pharmacothérapie.
- Accorder une attention particulière aux symptômes dépressifs qui sont moins fréquents dans la démence sans dépression, par exemple :
 - le désespoir;
 - les expressions de culpabilité;
 - les sentiments de dévalorisation;
 - les pensées autodestructrices.
- Rechercher les symptômes d'une atteinte frontale comme la désinhibition, la persévération et la réduction de l'esprit d'initiative, car ils évoquent des démences avec une forte composante frontale et non la dépression.
- Obtenir de l'information sur les antécédents familiaux de troubles de l'humeur, les antécédents personnels de dépression et les antécédents de réponse à un traitement antidépresseur.
- Interroger directement le patient en accordant une attention particulière

aux points suivants : humeur et affect dépressifs constants qui ne réagissent pas à la stimulation; désespoir, expressions de culpabilité, sentiments de dévalorisation, pensées autodestructrices.

- Ordonner les examens de laboratoire, comme le bilan sanguin, la fonction thyroïdienne, les électrolytes, la vitamine B12, les concentrations des médicaments ayant tendance à influencer sur les symptômes thymiques.

En plus de ces évaluations, des examens de neuroimagerie pourraient être réalisés pour rechercher le rôle potentiel d'une pathologie vasculaire dans la labilité de l'humeur et dans l'apathie et pour exclure d'autres troubles neurologiques, comme l'hydrocéphalie à pression normale.

Après cette évaluation, le clinicien doit interpréter l'information obtenue en tenant compte de la probabilité que tous les renseignements cumulés évoquent la dépression plutôt que la démence seule. Par exemple, des symptômes d'apathie isolés ne s'accompagnant pas de tristesse, de pleurs ou d'altérations du sommeil ou de l'appétit ne témoignent probablement

pas d'un trouble dépressif, tandis qu'une humeur ou un affect triste de manière constante, qui ne s'améliore pas lors d'un contact interpersonnel et s'accompagne d'altérations subaiguës du sommeil et de l'appétit sont beaucoup plus susceptibles de témoigner d'un trouble dépressif qui motive un traitement médical. Le Tableau 3 présente un résumé des symptômes thymiques qu'on observe dans la dépression et la démence, et de brefs commentaires au sujet de leur manifestation caractéristique dans l'un et l'autre trouble.

Conclusion et enjeux du traitement

Il est parfois très difficile de poser un diagnostic définitif de dépression dans le contexte de la démence, en particulier lorsque la démence est déjà au stade très avancé. Le clinicien choisira donc parfois d'instaurer un traitement sans égard à la certitude du diagnostic, après avoir déterminé si les bienfaits potentiels du traitement l'emportent sur le risque de résultats défavorables.

Références :

1. Groupe de travail chargé de l'Étude sur la santé et le vieillissement au Canada. « Canadian Study of health and aging: study methods and prevalence of dementia. » *CMAJ* 1994; 150(6):899-913.
2. Feldman H, Levy AR, Hsiung GY, et coll. A Canadian cohort study of cognitive impairment and related dementias (ACCORD): study methods and baseline results. *Neuroepidemiology* 2003; 22(5):265-74.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*. Fourth Edition. APA, Washington, DC, 1994.
4. Patten SB, Wang JL, Williams JV, et coll. Descriptive epidemiology of major depression in Canada. *Can J Psychiatry* 2006; 51(2):84-90.
5. Santé Canada. Rapport sur les maladies mentales au Canada. Santé Canada, Ottawa, Canada, 2002. Disponible à l'adresse : www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/index-eng.php. Site visité en février 2009.
6. Ownby RL, Crocco E, Acevedo A, et coll. Depression and risk for Alzheimer disease: systematic review, meta-analysis, and meta-regression analysis. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63(5):530-8.
7. Myers BA, Puschel SM. Psychiatric disorders in persons with Down syndrome. *J Nerv Ment Dis* 1991; 179(10):609-13.
8. Schweitzer I, Tuckwell V, O'Brien J. Is late onset depression a prodrome to dementia? *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17(11):997-1005.
9. Dranovsky A, Hen R. Hippocampal neurogenesis: regulation by stress and antidepressants. *Biol Psychiatry* 2006; 15; 59(12):1136-43.
10. Fischer P, Zehetmayer S, Bauer K, et coll. Relation between vascular risk factors and cognition at age 75. *Acta Neurol Scand* 2006; 114(2):84-90.
11. Lyketsos CG, Steele C, Baker L, et coll. Major and minor depression in Alzheimer's disease: prevalence and impact. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1997; 9(4):556-61.
12. Muller-Thomsen T, Arlt S, Mann U, et coll. Detecting depression in Alzheimer's disease: evaluation of four different scales. *Arch Clin Neuropsychol* 2005; 20(2):271-6.
13. Janzing JG, Hooijer C, van 't Hof MA, et coll. Depression in subjects with and without dementia: a comparison using GMS-AGECAT. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17(1):1-5.
14. Gilley DW, Bienias JL, Wilson RS, et coll. Influence of behavioral symptoms on rates of institutionalization for persons with Alzheimer's disease. *Psychol Med* 2004; 34(6):1129-35.
15. Donaldson C, Tarrier N, Burns A. Determinants of carer stress in Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998; 13(4):248-56.
16. Suh GH, Kil Yeon B, Shah A, et coll. Mortality in Alzheimer's disease: a comparative prospective Korean study in the community and nursing homes. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20(1):26-34.

17. Cohen CI, Hyland K, Magai C. Depression among African American nursing home patients with dementia. *Am J Geriatr Psychiatry* 1998; 6(2):162-75.
18. Evers MM, Samuels SC, Lantz M, Khan K, et coll. The prevalence, diagnosis and treatment of depression in dementia patients in chronic care facilities in the last six months of life. *Int J Geriatr Psychiatry* 2002; 17(5):464-72.
19. Kessing LV, Harhoff M, Andersen PK. Treatment with antidepressants in patients with dementia - a nationwide register-based study. *Int Psychogeriatr* 2006; 23:1-13
20. Health Care Financing Administration. Long-Term Care Resident Assessment Instrument (RAI) user's manual, Minimum Data: Set version 2.0. Narick, MA: Eliot Press (1999).
21. Ensrud KE, Blackwell TL, Mangione CM, et coll. Study of Osteoporotic Fractures Research Group. Central nervous system-active medications and risk for falls in older women. *J Am Geriatr Soc* 2002; 50(10):1629-37.
22. Jacob S, Spinler SA. Hyponatremia associated with selective serotonin-reuptake inhibitors in older adults. *Ann Pharmacother* 2006; 40(9):1618-22.
23. Richards JB, Papaioannou A, Adachi JD, et coll. Canadian Multicentre Osteoporosis Study Research Group. Effect of selective serotonin reuptake inhibitors on the risk of fracture. *Arch Intern Med* 2007; 167(2):188-94.
24. Wongpakaran N, van Reekum R, Wongpakaran T, et coll. Selective serotonin reuptake inhibitor use associates with apathy among depressed elderly: a case-control study. *Ann Gen Psychiatry* 2007; 2(6):7.
25. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et coll. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:53-63.
26. Radloff LS, Teri L. Use of the Center for Epidemiological Studies-depression scale with older adults. *Clinical Gerontologist* 1996; 5:119-37.
27. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et coll. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982-83;17(1):37-49.
28. Hamilton, M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23:56-62.
29. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979; 134:382-9.
30. Zung WWK. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12:63-70.
31. Sunderland T, Minichiello M. Dementia Mood Assessment Scale. *Int Psychogeriatr* 1996; 8 Suppl 3:329-31
32. Alexopoulos GS, Abrams RC, Young RC, et coll. Cornell Scale for Depression in Dementia. *Biol Psychiatry* 1988; 23:271-284.